

発達相談 問診票

お子さんの日ごろの様子や今までの経過をお聞きするための問診票です。
お手数でもご記入よろしくお願い致します。

記入日 (年 月 日)
記入者氏名 (続柄)



ふりがなは必ず記入して下さい		お子さんの生年月日 平成 年 月 日	
ふりがな		お子さんの年齢 歳 ヶ月	
お子さんの名前	(男・女)		

所属している 園名・学校名 () 年少・年中・年長 / 年生 (普通・通級・特別支援学級) 丸で囲んでください

住所 : 〒

メイトス :

TEL : 自宅 携帯

この度、当院を受診された目的や相談内容を教えてください

例) 言葉が遅いのではないかと心配 多動ではないかと心配 診断希望 検査希望 療育希望
療育に関するアドバイス希望 セカンドオピニオン 健診後精査 などご自由にお書きください

現在、困っていらっしゃることはありますか (ある ない)

ある場合は、一番困っていることをお書きください

この度、当院を受診されたきっかけを教えてください

()健診で精査となったため ()保健師に勧められたため ()教師の勧め ()ご家族が心配で
()その他、ご自由にお書きください

ご家族を教えてください。また病気をお持ちでしたらご記入ください

続柄	ご氏名	年齢	同居・別居	ご職業または学校・幼稚園・保育園名	病気の有無
			同・別		

相談機関や病院・療育機関を利用されていますか (はい いいえ 以前利用した)
ある場合、どちらを利用されているかお書きください

利用機関名	いつ頃利用していましたか?

発達相談 問診票

いままでに受けた検査などありましたらお書きください

例) 知能検査、MRI検査、脳波検査など(いつ受けたか、結果などわかる範囲でお書きください)

どのようなお子さんですか？赤ちゃんの頃から順をおって教えてください

よぐ泣く、抱っこを嫌がる、手のかからない子・・・などや、歩き始めてからの様子、集団に入ってから様子など
思い出せる範囲でかまいません

在胎()週) 出生体重()g) 自然分娩 吸引分娩 帝王切開 無痛分娩
出産時または出産前後で何か気になることがありましたか
なかった あった(具体的に:)

首のすわりは ()ヶ月ごろ
一人歩きは ()歳 ()ヶ月ごろ
・「ばいばい」をした時期は()歳 ()ヶ月ごろ
発語 ()歳 ()ヶ月ごろ

一日のうちテレビやDVDなどに接している時間について教えてください

1. テレビ・DVDを見る時間 ()時間
2. 居間でテレビがついている時間 ()時間
3. ゲーム・パソコンの時間 ()時間
4. 携帯電話(スマホ) ()時間

睡眠時間についてお聞きます

1. 朝何時に目覚めますか ()時
2. 夜は何時に眠りますか ()時
3. お昼寝の時刻をお知らせください ()時から()時ごろまで

お子さんの好きな遊びを教えてください

お子さんの良いところ、すぐれているところをできるだけたくさん教えてください

例) 元気にあいさつができる 学校の支度ができる 家族が大好き など

お子さんの苦手なものや行動などありますか

なにかアレルギーは、ありますか (ある ない)

例) 小麦アレルギー、米アレルギーなど

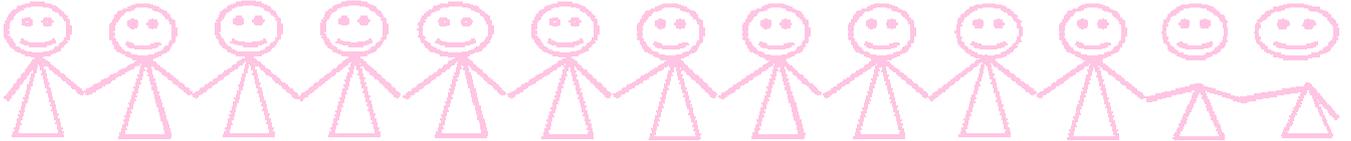
発達相談 問診票

これまでに中耳炎など耳の病気や治療のために通院したことがありますか（ある ない）

お子さんのことで、ご家族のなかに意見や方針の違いはありますか（ある ない）

ある場合は具体的に教えてください

その他気になることやご家族のお考えや要望などありましたら教えてください



お手数ですが、この用紙をあいだクリニックに郵送、FAX、メール等でお送りいただくか、ご持参下さい。

〒030-0902 青森市合浦1丁目2-21
E-mail: aidaclinic2017@gmail.com
FAX: 017-762-0811

問診票の到着順に、ご連絡させていただきます。
順番になりましたら、受診方法をハガキにてご連絡いたします。

現在、この方法で対応していますが、状況によって変更になる場合があります。

ご記入ありがとうございました。



TEL 017-762-0810